

記入見本

国民健康保険 療養費支給申請書

保険証不携帯
受診10割負担

*太枠内をご記入ください。訂正する場合は修正テープ等を使わず、訂正箇所にて二重線を引いて書き直してください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | | | | | | |
| 治療等を受けた人の住所・氏名等を記入してください。 | | 豊中 花子 | | | | | | | | | | | |
| | | 昭和・平成・令和・西暦 4 年 3 月 21 日 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| 世帯主との続柄 | | 本人・夫 妻・子・その他() | | | | | | | | | | | |
| 治療等を受けた医療機関名・傷病名等を記入してください。 | | 〇〇〇〇病院 急性胃腸炎 | | | | | | | | | | | |
| 療養を受けた期間 | | 令和6年5月15日から 年 月 日 まで (1 日間) | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | | <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 海外療養費 <input checked="" type="checkbox"/> その他(旅行中で被保険者証を携帯していなかったため) | | | | | | | | | | | |
| 第三者行為(交通事故等)による療養の有無 | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | |

交通事故や傷害など他人による行為が原因によるケガ・病気の治療の場合は「有」、それ以外は「無」

あわせて、以下の口座への振込を依頼します。

申請者(国保の世帯主)

令和6年6月3日

住所 豊中市 中桜塚3-1-1-203

氏名 豊中 太郎

世帯主の住所・氏名・連絡先電話番号等を記入してください。

電話番号 090-1234-XXXX

| | | | | | | | | | | |
|-----|---------|-------|--------|------|---|---|---|---|---|---|
| 振込先 | 銀行 | 本店 | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| | 豊中 信用金庫 | 豊中 支店 | 1. 普通 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| | 信用組合 | 出張所 | 2. 当座 | | | | | | | |
| | 金融機関コード | 支店コード | 3. その他 | | | | | | | |
| | | | () | | | | | | | |
| | 口座名義 | | トヨナカ | タロウ | | | | | | |

振込先となる世帯主または被保険者名義の口座を記入してください。

口座名義人氏名はカタカナで記入してください。

ゆうちょ銀行(郵便局)への振込みを希望する場合、記号番号ではなく、振込用の漢数字三ケタの店名(四一八など)、預金種目、口座番号を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | |
|----|--------|------|------|----------|----|----|----|---|---|---|-----|---|
| 入欄 | 支給決定額 | | | | | | | | | 円 | 受付者 | |
| | 現Ⅲ | 現Ⅱ | 現Ⅰ | 一般 | 非Ⅱ | 非Ⅰ | ア | イ | ウ | エ | | オ |
| | 就学前2割 | 高齢2割 | 高齢3割 | () | 80 | 82 | 86 | | | | | |
| | 受診時年齢: | | | 公費受給者番号: | | | | | | | | |